

Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Ärztliche Verordnung

Folgendes Medikament muss zu den nachfolgenden Bedingungen verabreicht werden:

Medikament:

Dosierung:

Uhrzeit der Verabreichung:

Art der Anwendung:

Dauer der Einnahme:

Lagerung des Medikamentes:

Besondere Hinweise:

Name des Arztes:

Telefonnummer des Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin

Ermächtigung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige(n) ich/wir

Name der Eltern/ des Sorgeberechtigten

den/die Betreuer(in)

und in seiner Vertretung

Name des Betreuers/der Betreuerin

2.den/die Betreuer(in)

der Jugendförderung

Samtgemeinde Wesendorf, Alte Heerstr. 20, 29392 Wesendorf

Name und Anschrift der Einrichtung

meinem/ unserem Kind

Vorname und Name des Kindes

das o.g. Medikament zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/des Sorgeberechtigten